

**Universidade Aberta do SUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes da
UBS Manoel Luís, Caracaraí / RR**

Yasmara Zedeno Alvarez

Pelotas, 2015

YASMARA ZEDENO ALVAREZ

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes da
UBS Manoel Luís, Caracaraí / RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância – Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A473m Alvarez, Yasmara Zedeño

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Manoel Luís, Caracará/RR / Yasmara Zedeño Alvarez; Maria Auxiliadora Santos Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Maria Auxiliadora Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o trabalho primeiramente a meus pais, que desde pequena souberam me dar um bom exemplo e prepara-me para ser uma boa profissional.
Ao meu país que mais uma vez confiou em todos nós para levar nossos conhecimentos a outros lugares do mundo.

Agradecimentos

À Deus por me proporcionar grandes oportunidades na minha vida.

À minha família que embora esteja muito longe sempre tem me apoiado na continuidade de minha carreira profissional.

À minha orientadora, Maria Auxiliadora, pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

À equipe do PSF Manuel Luís Rodrigues pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

Resumo

ZEDENO, Yasmara. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da UBS Manoel Luís, Caracarái / RR.** 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. Somado a isto, observa-se que as doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade, geram altos custos econômicos e aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial e da glicose. (NOBRE et al, 2010). Assim, o controle adequado dos usuários com HAS e DM deve ser uma das prioridades da atenção básica, diante disto, este trabalho relata os resultados alcançados a partir da intervenção aplicada pela Equipe de Saúde da Família Manuel Luís Rodrigues, em Caracarái, Roraima. A intervenção, realizada entre 11 de setembro e 30 de dezembro de 2014, teve como objetivo melhorar a atenção da saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da área adstrita. O foco da intervenção foi escolhido a partir da análise situacional realizada na unidade, que detectou uma cobertura de 21% dos hipertensos e 24,4% dos diabéticos, ou seja, apenas 235 dos 1.115 hipertensos estimados para a área e 67 dos 275 diabéticos estimados eram assistidos na unidade. Com a intervenção conseguimos cadastrar 291 (26,1%) hipertensos e 99 (36%) diabéticos, garantir a realização do exame clínico para todos e melhorar o registro das informações com a utilização da ficha espelho, que foi anexada ao prontuário. Além disto, garantimos o agendamento de consultas, conforme prioridade preconizada pelo Ministério da Saúde; encaminhamos usuários para especialistas e implementamos o grupo educativo, no qual passamos a trocar experiência com a comunidade. A partir da intervenção observou-se maior adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na qualidade de vida dos usuários envolvidos, a intervenção contribuiu, de forma significativa, para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da unidade de saúde. Desta forma, as ações executadas durante a intervenção mostraram-se essenciais para mudanças no processo de trabalho da equipe e uma experiência viável no cotidiano da atenção básica, que passou a fazer parte da rotina de todos os profissionais da unidade.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão

Lista de figuras

Figura 01	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR, 2014.....	55
Figura 02	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.....	56
Figura 03	Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.....	57
Figura 04	Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.....	58
Figura 05	Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.....	60
Figura 06	Evolução mensal do indicador proporção de diabético com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.....	60
Figura 07	Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR, 2014.....	62
Figura 08	Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com estratificação de risco cardiovascular por examen clinico em dia na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues, Caracarái/RR, 2014.....	63

Figura 09	Evolução mensal do indicador proporção de diabético com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues Caracaraí/RR, 2014.....	64
Figura 10	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracaraí/RR, 2014.....	70
Figura 11	Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracaraí/RR, 2014.....	71
Figura 12	Foto de atividades educativas realizadas pela equipe por meio de café da manhã e sala de espera voltada para o público hipertenso e diabético da Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracaraí/RR, 2014.....	75
Figura 13	Foto de momentos de visita domiciliar realizada pela equipe para usuários da área adstrita portadores de hipertensão e diabetes e com dificuldade de locomoção. Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracaraí/RR, 2014.....	75

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertenso e Diabético
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.2 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Analise Situacional	11
1.3 Comparação entre Situação da ESF/APS e Analise Situacional	22
2 Analise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e Metas	24
2.2.1 Objetivo Geral	24
2.2.2 Objetivos Específicos.....	24
2.2.3 Metas	25
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Ações e detalhamento	26
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	50
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.....	52
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço ..	52
4 Avaliação da Intervenção.....	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão	66
4.3 Relatorio da intervencao para os Gestores.....	72
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	72
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	76
Referências	78
Anexos	79

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da área adstrita da Unidade de Saúde da Família (USF) Manuel Luís Rodrigues, localizada no município de Caracaraí/RR. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas – de 11 de setembro a 30 de dezembro de 2014 - durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte consta a reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de fevereiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.2 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Caracaraí situa-se na região centro-sul do estado de Roraima, a 148 Km da capital, é o terceiro município mais populoso com 19.981 habitantes. A USF Luís Rodrigues fica no centro da cidade, tem equipe completa formada por uma médica do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de dentista, 11 Agente Comunitário de Saúde (ACS), um farmacêutico e um fisioterapeuta. A jornada de trabalho é de 40h semanais para todos, sendo que para médica o programa disponibiliza 8h para o estudo.

Estruturalmente, tem laboratório para a realização do exame de malária, sala de vacina, de acolhimento para a população, recepção, dois consultórios médicos, um de enfermagem, um consultório para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sala de reuniões, pátio externo, almoxarifado e banheiros. Todos os profissionais têm um cronograma de atividades que contempla visitas domiciliares, atendimento para os diferentes programas como: crianças, gestantes, idosos, Sistema de Acompanhamento e Cadastro de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), saúde da mulher e do homem e reuniões de equipe, onde se discutem os principais problemas de saúde da área, se tomam decisões e estabelecem estratégias de enfrentamento.

Na unidade a demanda de atendimento sempre é alta, temos vagas para usuários agendados previamente e para aqueles que chegam por demanda espontânea. No início apresentamos dificuldade com a realização de puericultura para as crianças de zero a um ano porque não tínhamos aparelho para medir os diferentes perímetros, isso dificultava a avaliação e seguimento do desenvolvimento

das crianças, mas no decorrer do tempo foi solucionado este problema. Com o tempo, percebemos também o uso de forma indiscriminada de medicamentos antiparasitários e antibióticos pela comunidade, diante disto foi proposto nas reuniões de equipe a realização de avaliação dos prontuários clínicos e discussão destes casos pela equipe, a fim de identificar se este tratamento estava prescrito e de acordo com a patologia. Em paralelo planejamos atividades educativas sobre o assunto e pouco a pouco se orientou a população sobre o uso racional do medicamento e como usá-lo corretamente.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) se relaciona com os serviços de NASF e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de forma tal que quando algum usuário precisa destes serviços se faz o encaminhamento para avaliação, mediante a ficha de referência e contra-referência. Com respeito ao serviço do hospital a equipe apresenta problemas, pois todo usuário que precisa ser avaliado no hospital, também se encaminha por meio da ficha de referência, entretanto os usuários não retornam com a contra-referência, assim os profissionais da unidade têm dificuldade tanto para dar continuidade ao tratamento do usuário quanto para saber quais procedimentos foram desenvolvidos no hospital. Este problema vem sendo discutido nas reuniões da equipe junto com o gestor municipal, mas ainda não foi resolvido.

Com respeito às consultas com especialistas, no município há poucos por isso precisamos encaminhar para a capital do Estado, utilizando a ficha de referência e contra-referência, que garante o agendamento da consulta para o usuário.

Em relação ao suprimento de medicamentos também existem dificuldades com o abastecimento de alguns como os anti-histamínicos, relaxantes musculares, pomadas entre outros, embora a gestão do município venha empenhando esforços para solucionar este problema. Com os insumos e equipamentos também enfrentamos dificuldades porque a unidade não tem equipamentos importantes para o diagnóstico como negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio, entretanto há manutenção frequente dos equipamentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Caracaraí situa-se na região centro-sul do estado de Roraima, a 148 Km da capital e é o terceiro município mais populoso com 19.981 habitantes. Caracaraí é composto por nove UBS, duas tradicionais e sete da Estratégia da Saúde

da Família, um hospital geral, um NASF e um CAPS. No momento todas as UBS têm equipe de saúde completa, pois todas possuem médico do Programa Mais Médicos, meses atrás o município só contava com dois médicos, o que limitava bastante a assistência prestada.

A equipe do NASF está à disposição de todas as unidades, porém está lotada em minha unidade e aqui planejam, avaliam e monitoram todas as atividades que serão realizadas nas unidades e no sistema de saúde do município, sempre trabalhando em conjunto com as equipes.

Até o momento não temos o Centro de Especialização Odontológica (CEO), nem no município nem no Estado. O sistema de saúde municipal apresenta muitas limitações, temos um hospital geral que funciona 24 horas realizando atendimento a todo tipo de usuário todos os dias, contudo sua localização é em um lugar do interior da cidade, o que dificulta o deslocamento, e não têm todas as especialidades necessárias, embora se realize pequenas cirurgias e parto normal. Os casos que não podem ser atendidos, por falta de suporte para diagnóstico ou por necessidade de cirurgia maior, como cesárea, são encaminhados para o pronto atendimento de Boa Vista, capital do Estado.

Os procedimentos que se faz no hospital são: exame de laboratório, Raio X, eletrocardiograma, endoscopia e ultrassonografia geral; em alguns momentos estes procedimentos não são realizados devido à falta de materiais ou presença de aparelhos quebrados. Em nossas reuniões semanais de equipe, que participam todas as equipes de saúde do município, gestor municipal e coordenadora da atenção básica, sempre discutimos tais dificuldades e expomos ideias e estratégias para que a saúde alcance a qualidade requerida.

Com respeito na UBS Manoel Luís Rodrigues, esta fica no centro do município, na área urbana e é a que atende maior número de usuário, a pesar de possuir uma área de difícil acesso. O vínculo da médica com Sistema Único de Saúde (SUS) é bom, pois desde seu começo na unidade, mudaram muitas coisas principalmente a agenda de trabalho de toda equipe, a qual se volta para o atendimento, segundo grupo populacional, de forma planejada.

A relação com as instituições de ensino presentes na área de abrangência (escolas, creches, escolas de ensino médio e de ensino fundamental) se dá por meio da realização de palestras pela equipe abordando diferentes temas relacionados com a saúde e a realização de campanhas de vacina.

A unidade Manuel Luís Rodrigues presta uma assistência que condiz com o modelo da Estratégia Saúde da Família; e é formada por uma equipe, a qual é responsável pela orientação, monitoramento e realização de todas as atividades de saúde da população adstrita da área.

O trabalho ocorre de forma integrada através de uma equipe multiprofissional composta por um médico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, duas recepcionistas, uma farmacêutica, um dentista, um auxiliar de dentista, uma técnica de laboratório, onze ACS, uma vacinadora, uma assistente social e uma nutricionista.

Embora a população estimada para cada equipe de saúde seja de 4.000 pessoas, a equipe é responsável atualmente por 7.329 usuários, o que evidencia a necessidade de outra equipe de saúde, para cobrir toda a população de forma adequada. A infraestrutura não está completa, pois só têm duas salas de consulta, sala de vacina, consultório odontológico, sala para coleta de amostra para pesquisa de exame de malária, recepção, farmácia, sala de curativo, cozinha e três banheiros. Ainda não temos sala de nebulização, sanitário para deficiente, sala de lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização, expurgo e depósito para lixo contaminado. As paredes internas da unidade não são todas laváveis, os pisos das diversas salas não são de superfície regular, firme, estável e antiderrapante, não existe sala específica para coleta de material para análise clínica só para realizar o exame gota grossa para pesquisa de malária.

As janelas das salas da unidade não têm telas mosquiteiras, as pias não têm lavatórios que possuem torneiras com fechamento automático, quando se recolhe o lixo não é de forma separada, ou seja, separando o orgânico do comum. O acesso à unidade não proporciona deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos; os banheiros não permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas e não possuímos cadeiras de rodas a disposição de usuários com esta necessidade.

Quanto aos equipamentos presentes na unidade observa-se que não têm, por exemplo, aparelho de medir a pressão em quantidade suficiente, pois quando este quebra ficamos com muito trabalho para medir a pressão dos usuários. Igual acontece com a fita métrica (por exemplo, no dia em que a médica faz consulta da criança, a enfermeira não pode fazer consulta pré-natal porque utilizam a mesma fita métrica, no caso da enfermeira para medir a altura uterina e da médica para medir os diferentes perímetros de monitoramento do desenvolvimento da criança).

Acontece o mesmo com a mesa ginecológica, presente apenas no consultório da enfermeira, que realiza consulta de preventivo e gestante, quando a médica precisa fazer uma avaliação, na qual necessita da mesa ginecológica, tem que ir ao consultório da enfermeira para fazer esse atendimento, muitas vezes interrompendo seu trabalho e gerando insegurança e desconfiança entre as usuárias. Além disso, a unidade não possui negatoscópio, aparelho muito importante para diagnóstico; para olhar o Raio X fazemos por meio da luz natural ou artificial e tem como possível consequência erros no diagnóstico. Na unidade não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, assim como de instrumentais e mobiliário, o que afeta a qualidade da assistência prestada.

A unidade não tem instrumentos de comunicação como telefone e conexão com a internet, estes meios poderiam nos dar acesso ao programa tele-saúde ou a outros sites que nos ajudariam na avaliação de qualquer doença. Nas ocasiões em que se precisa ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem que se fazer por meio dos aparelhos telefônicos dos profissionais, problema que estaria solucionado se houvesse telefone na unidade.

Também existem muitas deficiências e necessidades no abastecimento de insumos e medicamentos, pois o fornecimento na unidade é baixo para a comunidade adstrita e em ocasiões temos que mandar os usuários comprar, entretanto a grande maioria tem condição econômica difícil.

Eu acredito, como médica, que as unidades básicas de saúde têm muita importância para o sistema de saúde, pois são espaços para a prevenção das doenças. Ou seja, fazem parte do nível primário do sistema de saúde, o qual é responsável pelo cadastramento dos cidadãos e de toda a população por idade e sexo, é na USF que se planeja, programa e implementam as atividades com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes e segundo ordem de prioridade.

Acreditamos que a estratégia saúde da família têm muito significado para a população já que os usuários, na maioria das vezes, não precisam de atendimento hospitalar e a equipe de saúde, que conhece os problemas da população, pode dar respostas às suas necessidades.

Observo que muitas das resoluções acerca das deficiências e necessidades da comunidade e unidade não estão sob a governabilidade da equipe, por isso estamos sempre apresentando ideias e estratégias para a gestão a fim de que a

unidade fique melhor estruturalmente e funcione dando prioridade aos problemas. O manual de estrutura física da UBS, que discutimos no curso, serviu de guia para avaliarmos juntamente com o gestor municipal e coordenadora da atenção básica a infraestrutura da unidade, de forma que esta se adeque para o atendimento e proporcione segurança e conforto tanto para os profissionais como para a população.

Nós acreditamos que temos muitas coisas positivas, pois há um ano atrás as visitas domiciliares não eram realizadas por todos os profissionais e a equipe estava incompleta, sem médico, sem dentista e o número de ACS não era adequado para a população, o que gerou muitas dificuldades já que a população adstrita tinha que procurar os atendimentos em outros postos de saúde. Entretanto, agora, que todas essas limitações foram resolvidas nós acreditamos que isso melhorou a assistência prestada à população.

Vale destacar, que os dados da população das unidades de saúde do município estão desatualizados, pois o processo de territorialização também está desatualizado. Entretanto, a equipe junto com os ACS tem buscado realizar a caracterização da nossa área de abrangência; os dados estão sendo recolhidos mediante a ficha de cadastramento, folha de produção diária, prontuários clínicos, visitas domiciliares e outros documentos que nos ajudam a ter um ligeiro conhecimento da nossa área.

Com base nos dados disponibilizados pela gestão, que acreditamos estar desatualizados, a distribuição da nossa população por sexo e faixa etária apresenta semelhanças com a distribuição brasileira, sendo a população feminina responsável por 41% (3.005) do total da população. Em nossa unidade predomina pessoas do sexo feminino na faixa etária de 15-49 anos. Para atendermos a nossa comunidade implantamos um cronograma de atendimento semanal, de forma tal que todos os programas são avaliados e monitorados, temos um cronograma de palestras, as quais são feitas em lugares da área, e de visitas domiciliares, sempre priorizando aqueles usuários com incapacidades.

Apesar da nossa equipe atender a um número alto de pessoas, observa-se que o acolhimento à demanda espontânea é realizado todos os dias nos dois turnos de atendimento. Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas e escutadas, de forma que não há demanda reprimida e sobrecarga para os profissionais. Quanto ao atendimento odontológico, a UBS não oferece serviço de prótese dentária, mas todos os outros tratamentos são feitos como canal, periodontia,

aplicação de flúor e tratamento de lesões de mucosa.

O seguimento das crianças de 0-72 meses é diferenciado segundo idade da criança, doença e fatores de riscos. A atenção agendada às crianças menores de um ano se faz duas vezes por semana tanto pela enfermeira quanto pela médica, sempre é orientado a importância de comparecer a consulta planejada para o devido acompanhamento da criança. Neste atendimento se faz o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, pois acreditamos que são os indicadores mais importantes na Saúde da Criança. Da mesma forma, orientamos todos os pais e/ou responsáveis sobre o calendário vacinal, aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Vale ressaltar, que todas as crianças que comparecem em turnos diferentes daqueles definidos para o atendimento de puericultura é acolhida e atendida nas vagas disponíveis para a demanda espontânea, assim buscamos garantir o atendimento à todos.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) há uma estimativa de 153 crianças menores de um ano residentes na nossa área, destas 62% (95) estão sendo acompanhadas pela equipe. As ações da saúde da criança estão estruturadas de forma programática em nossa unidade, apesar de que ainda não contamos com um protocolo disponível. Durante o atendimento realizamos o registro dos achados clínicos e se realiza o monitoramento regular das crianças.

Entre as crianças acompanhadas na unidade 76% (72) estão com a consulta em dias de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 14% (13) encontram-se com atraso na consulta agendada em mais de sete dias, 87% (83) realizaram avaliação de saúde bucal, 100% (95) das crianças realizaram o teste do pezinho até sete dias, pois nas consultas das gestantes se orienta sobre a importância de fazer esse teste no referido período, 45% (43) realizaram a consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e 100% (95) estão em acompanhamento médico e faz monitoramento do crescimento e desenvolvimento.

Entre os aspectos positivos deste atendimento temos que antigamente o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não era feita por nenhum profissional da nossa unidade, agora são agendadas e temos um melhor controle e seguimento deste grupo populacional, também participam destes atendimentos os profissionais do NASF, que conforme a solicitação da equipe avaliam as crianças que precisam.

Antigamente na unidade não existia nenhum registro destes usuários, mas

elaboramos um que consta dados como nome e sobrenome das crianças, endereço, nome dos pais e/ou responsável, idade da criança, sexo e informações sobre os achados da consulta. Cada vez que se faz reunião de equipe esses dados são ratificados e avaliados assim este programa tem um melhor controle e seguimento, estas consultas agora ficam com uma melhor qualidade graças à ajuda dos profissionais da unidade e às atividades de saúde feita por todos.

Uma das principais dificuldades que a equipe enfrenta no atendimento das crianças menores de um ano é a falta de realização de triagem auditiva e a disponibilidade de instrumentos para medir a altura, desta forma utilizamos a fita métrica, com a qual a qualidade requerida não é garantida. Este problema já foi discutido com o gestor municipal e coordenadora da atenção básica, mas ainda não foi solucionado.

Vale destacar que sentimos necessidade de especialistas como médico pediatra, psiquiatra e psicólogo, que não temos no município. Em ocasiões precisamos da avaliação de um destes profissionais para identificar crianças de alto risco. Consideramos que isto é muito importante para que o acompanhamento seja diferenciado.

Podemos falar que na unidade a consulta de atenção ao pré-natal e puerpério é realizado duas vezes por semana pela enfermeira e pela médica. Geralmente todas as grávidas são assistidas sem problema e sempre tratamos de fazer uma boa avaliação e seguimento tanto delas como das puérperas. Buscamos acompanhar sistematicamente as gestantes mediante as consultas programadas, realizamos ultrassom obstétrico e ginecológico através da ginecologista que fica na unidade uma vez por semana, realizamos teste rápido de malária, hepatites e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sem que a mulher necessite ir para o hospital ou a um laboratório particular para realizar estes exames.

De acordo com o CAP estima-se que na nossa área existam 109 gestantes e 153 puérperas. Entretanto estão devidamente registradas e cadastradas em nossa unidade 81 (74%) gestantes e 25 (16%) puérperas, dados recolhidos das consultas de pré-natal, dos prontuários, das visitas domiciliares, das fichas de cadastramento e da folha de produção diária.

Segundo os indicadores da qualidade da atenção pré-natal com respeito ao número de gestante com pré-natal iniciado no primeiro trimestre alcançamos 21% (17), 83% (63) estão em dia com a consulta de acordo com calendário do Ministério

da Saúde, 100% (109) das gestantes tiveram solicitados os exames laboratoriais preconizados na primeira consulta, estavam em dias com a vacina antitetânica e contra hepatite B, tinham prescrição de suplementação de sulfato ferroso de acordo com o protocolo, realizaram exame ginecológico por trimestre e avaliação bucal, assim como receberam orientação para aleitamento materno.

Entre as puérperas que tem acompanhamento na unidade 100% (153) delas foram consultadas antes dos 42 dias de pós-parto; tiveram sua consulta puerperal registrada; receberam orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar, além disto, tiveram as mamas e abdômen examinados, entretanto só 76% (19) realizaram exame ginecológico e 68% (17) foram avaliadas quanto as intercorrências.

Outro programa que se faz em minha unidade é o controle do câncer de colo de útero e mama. A enfermeira realiza a coleta do material citopatológico uma vez na semana em dois turnos, o qual é encaminhado para Boa Vista, capital do Estado. Uma vez que recebemos os resultados procuramos pelas mulheres e se precisarem de tratamento eu faço o encaminhamento para um especialista.

Dentre as 1.565 mulheres de 25-64 anos presentes em nossa área, 75% (1.175) se encontram em acompanhamento para a prevenção de câncer do colo de útero, 32% (375) têm exame citopatológico em dia, 49% (575) apresentam exame citopatológico com mais de seis meses de atraso, 10% (123) apresentam exame citopatológico alterado e com avaliação de risco para câncer de colo de útero.

Dos exames coletados, 81% (950) são de amostra satisfatória os 19% (225) restantes são considerados insatisfatórios, cremos, porque muitas vezes as mulheres fazem o exame em dias prévios a menstruação e outras apresentam corrimento vaginal no momento do exame. Temos 8% (99) dos exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar, todas as mulheres que apresentam este resultado estão em tratamento médico e são avaliadas a cada seis meses pela equipe.

Em nossa área utilizamos o momento de realização do exame preventivo para orientar as mulheres sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a prevenção do câncer do colo de útero.

Com respeito ao controle do câncer de mama das 341 mulheres entre 50-59 anos presentes na área apenas 36% (123) são acompanhadas na unidade. Destas, 43% (53) mulheres têm mamografia em dia, 37% (45) estão com mamografia com

mais de três meses em atraso e todas as mulheres receberam orientação e avaliação de risco para câncer de mama, pois nas consultas falamos sobre auto-exame de mama, fatores de risco para câncer de mama e sobre a importância da mamografia como exame de rotina.

Para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama fazemos ações voltadas para a promoção e prevenção, já que constituem uma das principais causas de morte entre as mulheres.

Nas consultas de planejamento familiar sempre falamos sobre essas doenças, temos um registro das mulheres segundo idade, que nos serve de guia para a programação do exame preventivo e mamografia. Sempre que possível ensinamos às mulheres a fazer o auto-exame de mama, que aprendem a conhecer os sinais e sintomas do câncer e orientamos sempre a virem às consultas agendadas para fazer o acompanhamento. As ações realizadas pela equipe não são orientadas por um protocolo, mas sempre utilizamos livros de registros para este tipo de atendimento, as usuárias com alterações têm seus prontuários separados em arquivos específicos e são avaliadas e monitoradas periodicamente pelos profissionais da unidade.

Os exames preventivos são feitos na própria unidade, não necessitando que as mulheres busquem outros estabelecimentos de saúde. Além disto, as mulheres podem realizar ultrassom ginecológico, pélvico e intravaginal na própria unidade.

Uma dificuldade que encontramos no controle do câncer de colo de útero está relacionada com a entrega dos resultados dos exames, presença de materiais para a realização da coleta e o não retorno da mulher para buscar o resultado. Da mesma maneira acontece com a mamografia, pois este exame só é realizado na capital do Estado, assim as usuárias agendam, ficam muito tempo esperando para realizar a mamografia e em ocasiões não fazem o exame porque não têm condições para viajar.

Sobre as consultas de hipertensão e diabetes é bom salientar que nossa unidade realiza atendimento duas vezes por semana em dois turnos. A consulta é feita pela enfermeira e pelo médico clínico geral e é bastante completa já que participa a grande maioria dos profissionais da unidade de saúde.

Em relação ao indicador de cobertura obteve-se por meio do Caderno de Ações Programáticas uma cobertura de 18%, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, entre as ações que se faz com estes grupos chama atenção, primeiramente, a busca ativa de todo usuário maior de 20 anos hipertenso e/ou

diabético mediante as visitas domiciliares. Além disto, realiza-se palestras educativas; preenchimento das fichas de cadastramento e registro dos usuários e alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município. Nas palestras que fazemos orientamos principalmente sobre a mudança de estilo de vida e quando necessário, encaminhamos o usuário para a equipe do NASF (nutricionista, psicólogo, psiquiatra).

De 1.115 usuários, que é a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, só 235 fazem acompanhamento na unidade de saúde, ou seja 21%, 42% (99) destes apresentam avaliação dos riscos cardiovasculares por critério clínico, 15% (35) têm atraso em mais de sete dias na consulta agendada e 75% (177) têm os exames complementares periódicos em dia.

Destes 235 hipertensos que fazem acompanhamento em nossa área, 100% são orientados sobre a prática de atividade física regular, higiene bucal e alimentação saudável, já que os principais fatores de risco são a obesidade, o hábito de fumar e o sedentarismo; 70% (165) dos hipertensos acompanhados pela unidade possuem avaliação bucal em dia.

Com relação a DM esta doença tem um perfil parecido com a hipertensão, na unidade de saúde, dos 275 usuários diabéticos de 20 anos ou mais estimados para a área, só 67 são acompanhados por nós o que representa uma cobertura de 24,4%. Destes 25% (17) têm avaliação do risco cardiovascular realizado por critério clínico, 40% (27) apresentam atraso na consulta agendada com mais de sete dias. Com respeito ao exame físico dos pés nos últimos três meses, a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e a medida de sensibilidade dos pés nos últimos três meses temos avaliados 82% (55) dos usuários acompanhados. Nas consultas de controle e seguimento todos os portadores de diabetes são orientados sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável. Entre os assistidos na unidade 82% (55) receberam avaliação bucal.

Estas ações não estão estruturadas de forma programática, ou seja, não existe um protocolo nem manual técnico, mas existe registro específico e se realiza monitoramento regular para este grupo populacional.

Este programa tem muitos aspectos positivos já que antigamente essa consulta não era feita na unidade e estes usuários eram atendidos em consulta de demanda espontânea, na qual praticamente não se avaliava todos os aspectos exigidos pelo Ministério da Saúde. Agora, entretanto, há um dia específico para o

atendimento, nele se realiza exame físico minucioso, se indica exames laboratoriais e realiza-se interconsultas com outros profissionais. Outras atividades voltadas para o público hipertenso e diabético foi a criação do grupo onde fazemos diferentes atividades junto com todos os profissionais da unidade; a realização de visita domiciliar com objetivo de fazer um seguimento com boa qualidade recomendando a importância de cumprir com as orientações indicadas e a importância de manter-se presente nas consultas agendadas.

Como dificuldades para assistir este público destacamos o atraso na realização dos exames de rotina, o que prejudica o controle anual; a ausência de um educador físico, o qual poderia melhorar a orientação da população em relação às práticas de atividade física; e a ausência de especialista em pé diabético.

Com respeito à saúde da pessoa idosa em nossa unidade, observa-se que dentre os 399 idosos estimados para nossa área, 73% (292) são assistidos na unidade, destes, 43% (12) são portadores de HAS e 13% (38) portadores de DM. Na consulta prestada aos idosos participam todos os profissionais do posto e é feita todos os dias da semana.

26% (75) dos idosos tem caderneta de saúde, igual percentual dos que têm avaliação multidimensional rápida e investigação de indicadores de fragilização na velhice realizados. 33% (97) estão com avaliação bucal em dia.

Dentro das ações positivas temos a criação de um registro específico para este tipo de usuário, visita domiciliar agendada para os usuários acamados, realização de atividades educativas sempre orientando sobre a prática de exercício físico regular, que é um método de estimulação física e mental, e sobre a prevenção dos fatores de risco.

100% (292) dos idosos recebem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, pois a maioria tem doença crônica não transmissível e, portanto, é uma das medidas mais importantes em suas consultas. Fala-se também sobre a importância da saúde bucal, já que muitos dos nossos idosos utilizam próteses dentárias.

Ao que se refere à atenção em saúde bucal, temos um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário que realizam atendimento três vezes por semana nos dois turnos, atividades de educação em saúde uma vez por semana e participam semanalmente das reuniões de equipe.

Os agendamentos para consulta odontológica ocorrem a partir da busca do

usuário ao serviço pela demanda espontânea, encaminhamento dos ACS e encaminhamento da própria equipe de saúde bucal, que ao realizar atividades educativas e visita domiciliar faz a avaliação preliminar dos usuários.

Entre as dificuldades que temos na assistência prestada a este grupo destacamos a ausência de consultas programadas só para avaliar os idosos, a ausência de protocolo de atendimento para ser o nosso guia quando houver qualquer problema ou dúvida e a ausência de cadernetas no município para todos os idosos.

Acreditamos que um dos maiores desafios enfrentados na unidade desde a minha chegada foi orientar a população sobre o sistema de saúde primário. Nosso objetivo é baixar os indicadores que maior incidência tem na unidade, pois acreditamos que dentre os melhores recursos que temos na unidade são os recursos humanos. Eu acho que sem eles nós não tínhamos avançado tanto desde a minha chegada, apesar que ainda temos muito a realizar na unidade.

1.3 Comparação entre Situação da ESF/APS e Análise Situacional

Até o momento vivenciamos muitas dificuldades que, a medida do tempo, foram sendo resolvidas. Na segunda semana de ambientação nós destacávamos a dificuldade com a realização da puericultura para crianças de 0-1 ano porque não tínhamos aparelho para medir a estatura, também ficávamos muito preocupados porque quando eu comecei a trabalhar aqui percebia um constante uso de medicamentos antiparasitários e antibióticos. Agora todos esses problemas foram resolvidos, finalmente o aparelho para medir a estatura das crianças chegou e pouco a pouco se orientou a população sobre o uso racional de medicamento e como usá-lo corretamente.

Antes, no hospital não estavam realizando boa parte dos exames solicitados porque alguns aparelhos estavam quebrados como aparelho de fazer química sanguínea, Raio X e fezes, o que nos impossibilitava de fazer um bom diagnóstico e traçar o tratamento adequado para os usuários, neste momento isso já não é uma dificuldade. Igualmente ocorria com algumas consultas de especialista que em nosso município não tínhamos, hoje já contamos com especialistas em ginecologia e dermatologia e a realização de ultrassonografia na UBS.

De forma geral nós temos observado que a situação de saúde do município e da minha unidade tem melhorado muito e nós acreditamos que vai melhorar muito mais com a ajuda de todos os profissionais de saúde e de toda a população.

2 Analise Estratégica

1.2 Justificativa

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) a HAS é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. É responsável por menos de 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes mellitus representa 62.1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. A hipertensão arterial mantém relação com a idade, sexo, sobrepeso ou obesidade.

O diabetes mellitus é uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, sendo responsável também por uma alta morbimortalidade com perda importante da qualidade de vida. É importante ressaltar que cerca de 50% da população com diabetes mellitus não sabe que é portadora da doença, algumas vezes permanecem não diagnosticadas até que se manifestam os sinais de complicações (BRASIL, 2013).

Na unidade temos três consultórios de atendimento incluindo o consultório da dentista, uma recepção com arquivos específicos para os usuários hipertensos e diabéticos (neste espaço, muitas vezes, a equipe realiza atividades educativas como palestras, atividade em grupo, café da manhã dentre outras atividades), uma farmácia com os medicamentos indispensáveis para o tratamento deles, aparelhos em quantidade suficiente para medir a pressão e os níveis de glicose, quando necessário.

Do total da população hipertensa e diabética da área adstrita da USF, realiza-se o acompanhamento na unidade de apenas 21% e 24% deste público, respectivamente (235 hipertensos e 67 diabéticos), por isso nosso objetivo foi ampliar esta cobertura para 60% (669 hipertensos e 165 diabéticos). Além disso, buscaremos a adesão dos hipertensos e diabéticos faltosos a consulta na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada. Pretendemos melhorar a qualidade de atenção a estes usuários mediante a realização de exame clínico apropriado, segundo o protocolo Ministerial; realizar exames complementares e estimular o uso dos medicamentos de forma correta.

O foco de intervenção escolhido pela equipe foi a hipertensão e diabetes, pois este é o programa com mais baixa cobertura, além de serem estas as duas doenças de maior incidência em nossa população. Acreditamos que trabalhar com esta ação programática proporcionará mudanças no estilo de vida da população geral e em específico dos usuários que sofrem destas doenças crônicas, já que a hipertensão e a diabetes constituem as principais causas de morte na população brasileira e os principais fatores de riscos cardiovasculares e cerebrovasculares (NOBRE et al, 2010).

Esta intervenção é muito importante, embora a equipe perceba que a sua implementação não será uma atividade fácil, mas estamos convencidos que se nos propusemos mudar a qualidade da assistência prestada na unidade, com ajuda de todos os profissionais, isto será possível.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção a saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da UBS Manoel Luís Rodriguez.

2.2.2 Objetivos Específicos

Objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.

Objetivo 05: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

2.2.3 Metas

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações e detalhamento

Para a intervenção nossa equipe de trabalho traçou ações para alcançar as metas propostas

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus nas reuniões da equipe e visitas domiciliares.

Detalhamento: Intensificaremos a ampliação do cadastro destes usuários com ajuda da equipe e dos ACS. Para tal solicitaremos da Secretaria Municipal de Saúde a lista com o nome dos usuários cadastrados no HIPERDIA e realizaremos uma lista com a identificação daqueles que não foram cadastrados, agendando consultas por meios dos ACS para eles, que farão a busca ativa por meio das visitas domiciliares.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento: A equipe realizará o devido registro das informações colhidas durante o atendimento e avaliação clínica dos usuários, para isso utilizaremos o prontuário, a ficha espelho (Anexo A) e a ficha do Programa HIPERDIA (Anexo B).

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes.

Detalhamento: Estruturar o serviço para que, ao acessar o mesmo, todo usuário maior de 20 anos com antecedentes e fatores de risco destas doenças sejam encaminhados para a realização de exames complementares, assim como garantir a tomada de tensão arterial, caso sejam detectados valores acima do padrão os usuários serão encaminhados para o programa de hipertensão e diabetes.

Ação: Garantir material adequado para tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Efetivar junto ao gestor municipal e coordenadora de farmácia do município a presença de aparelhos para assegurar um bom seguimento e controle destes usuários nas consultas do programa. Além de manter a solicitação dos materiais com antecedência evitando a falta na unidade.

Eixo: Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre existência do Programa à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes

Detalhamento: Oportunizaremos atividades de educação em saúde (rodas de conversas, palestras, orientações durante as consultas e procedimentos) na comunidade voltadas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão e diabetes a fim de estimular mudanças no estilo de vida da população.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área da abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizaremos capacitação sobre o adequado cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, revisando as fichas do SIAB através de uma oficina.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Assim como para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: A enfermeira realizará, no horário da reunião de equipe, uma oficina com as técnicas de enfermagem a fim de verificar e aprimorar a correta realização da tomada de Pressão Arterial (PA) e hemoglicoteste.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizaremos em cada consulta um exame clínico bem detalhado procurando possíveis complicações e sinais de alerta; todos estes achados serão registrados na ficha espelho e na planilha de coleta de dados (Anexo C), a qual será avaliada semanalmente. Os resultados desta avaliação serão apresentados pela médica à equipe durante a reunião semanal.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Realizaremos anotação em uma ficha espelho e planilha de coleta de dados que será revisada periodicamente para acompanhar os usuários que necessitam solicitar ou não exames, conforme o protocolo adotado.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Solicitar junto a coordenadora da farmácia do município a presença de medicamentos imprescindível para o atendimento ao hipertenso e diabético. Ao observar a diminuição do medicamento no estoque, a profissional responsável pela farmácia da unidade irá solicitar junto a secretaria a reposição do mesmo.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico do usuário hipertenso e diabético.

Detalhamento: Distribuir para cada membro da equipe sua função na assistência ao hipertenso e diabético, durante a reunião de equipe.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A enfermeira e a médica realizarão capacitação/atualizações mensais para todos os profissionais durante as reuniões da equipe, tomando como base o protocolo ministerial.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde

Detalhamento: Garantir pela ajuda do gestor municipal material suficiente e atualizado, dentre eles a disponibilização da cópia do protocolo ministerial.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Monitorar, em cada consulta, a realização dos exames complementares por meio da ficha espelho e a partir desta informação realizar ou não a solicitação do exame.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Avaliar junto com o gestor municipal o tempo de espera dos usuários para a realização dos exames, o qual será verificado durante as consultas subsequentes dos usuários.

Ação: Estabelecer sistema de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade para ter conhecimento sobre sinais de alerta nos exames complementares, colocando nos prontuários clínicos alguma identificação para chamar atenção dos profissionais (escrever em outra cor, sublinhar a informação da última consulta ou identificar estes prontuários com outras pastas).

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Monitorar todos os medicamentos do programa junto com a farmacêutica da unidade de forma periódica, trazendo sempre para frente às medicações com prazo de vencimento mais próximo.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Ter um registro na farmácia dos medicamentos utilizados neste programa para garantir a existência permanente na unidade e um bom controle das medicações.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Através dos grupos de educação em saúde para portadores de hipertensão e/ou diabetes e familiares, que ocorre mensualmente na UBS, abordaremos os riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e a importância de examinar os pés periodicamente. Estas informações serão fornecidas também no consultório, durante o atendimento ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de

realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar atividades educativas tanto nas consultas de atendimento como nas visitas domiciliares para que os usuários e familiares conheçam a importância da realização dos exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e comunidade quanto aos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Orientar a comunidade nas atividades educativas, bem como nas consultas e visitas domiciliares, sobre o acesso aos medicamentos por meio da farmácia popular ou de outras alternativas.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA.

Detalhamento: Organizar junto com gestor e coordenadora da farmácia capacitações para os profissionais, que ocorrerão durante a reunião de equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Realizaremos anotação em uma ficha espelho e planilha de coleta de dados que será revisada periodicamente para acompanhar os usuários que necessitam solicitar ou não exames, conforme o protocolo adotado.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Ação: Organizar agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar agenda de trabalho para programação das visitas domiciliares e a partir do livro de marcação identificar, a cada dia de atendimento, os hipertensos e diabéticos faltosos; a partir daí será solicitada a visita do ACS ao domicílio, que agendará uma nova consulta ou visita domiciliar.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos)

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Oportunizaremos atividades de educação em saúde (rodas de conversas, palestras, orientações durante as consultas e procedimentos) na comunidade voltadas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão e diabetes a fim de estimular mudanças no estilo de vida da população.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar os ACS para orientação de hipertensos e diabetes em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A enfermeira realizará capacitação para os ACS segundo o protocolo do Ministério da Saúde, para garantir uma orientação de qualidade por parte destes profissionais para a comunidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Através da ficha espelho e da planilha de coleta de dados a equipe acompanhará as informações colhidas durante o atendimento ao usuário hipertenso e diabético. Os resultados da planilha de coleta de dados serão apresentados para a equipe durante a reunião semanal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar planilha /registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Realizar atualização da ficha A pela equipe da unidade mensalmente, garantindo a atualização das informações sobre os hipertensos e diabéticos tanto no SIAB quanto no Programa HIPERDIA. Além disto realizaremos o preenchimento da ficha espelho, da planilha de coleta de dados e do prontuário.

Ação: Pactuar com equipe o registro das informações.

Ação: Definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe pactuaremos que todas os achados clínicos devem ser anotados no prontuário e na ficha espelho, este registro será realizado pelo profissional responsável pelo atendimento. Ao final da semana a médica fará o levantamento destas informações a partir da planilha de coleta de dados e apresentará os resultados para a equipe na reunião de equipe.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso de exame complementar, ao não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Realizar capacitação a equipe da unidade para ter conhecimento sobre sinais de alerta nos exames complementares, colocando nos prontuários clínicos alguma identificação para chamar atenção dos profissionais (escrever em outra cor, sublinhar a informação da última consulta ou identificar estes prontuários com outras pastas).

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Oportunizaremos atividades de educação em saúde (rodas de conversas, palestras, orientações durante as consultas e procedimentos) na comunidade voltadas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão e diabetes a fim de estimular mudanças no estilo de vida da população.

Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao

acompanhamento do hipertenso e diabético.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Solicitar a Secretária de Saúde treinamento para a equipe sobre o preenchimento dos impressos disponíveis na secretaria acerca da assistência ao hipertenso e diabético. Além disto, a médica fará o treinamento da equipe para o preenchimento da ficha espelho.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Ação: Monitorar o número de encaminhamentos para alto risco.

Detalhamento: Realizar nas consultas do programa a avaliação do risco segundo periodicidade e fazer o registro na ficha espelho e planilha de coleta de dados a fim de semanalmente observar para quem foi realizado o referido exame. Para os usuários que necessitem de atendimento especializado, se realizará o preenchimento da ficha de referência e contra- referência, mantendo uma cópia no prontuário do usuário. Para este usuário a equipe realizará visita domiciliar, por meio dos ACS, ou agendamento de consulta para monitorar seu estado de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco. Estes usuários terão uma observação na frente do prontuário identificando-os como de alto risco para que a técnica de enfermagem possa priorizar o atendimento a este usuário.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do

adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Oportunizaremos atividades de educação em saúde (rodas de conversas, palestras, orientações durante as consultas e procedimentos) na comunidade voltadas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão e diabetes a fim de estimular mudanças no estilo de vida da população. Realizar os grupos de HIPERDIA, quinzenalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do acompanhamento regular segundo níveis de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Programar cursos de capacitação para os profissionais para garantir a realização de estratificação do risco, avaliar os registros do programa, e controle dos fatores de riscos modificáveis. Estes cursos serão ministrados pela enfermeira ou médica da equipe durante as reuniões de equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Programar com o dentista um dia específico para atendimento aos usuários do programa de HIPERDIA e avaliar nas consultas de atendimento o seguimento do tratamento com o dentista.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Através da ficha espelho e da planilha de coleta de dados a equipe acompanhará as informações colhidas durante o atendimento ao usuário hipertenso e diabético. Os resultados da planilha de coleta de dados serão apresentados para a equipe durante a reunião semanal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabéticos.

Ação: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Ação: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Como a dentista já realiza atendimento aos hipertensos e diabéticos da área adstrita, esta profissional anotará na frente do prontuário se o usuário está em dias com este atendimento ou não. Assim, quando o usuário vier para consulta do programa HIPERDIA poderemos encaminhá-lo para o atendimento odontológico se houver atrasos no acompanhamento.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Realizar atividades educativas (café da manhã) com grupos específicos e com ajuda do nutricionista para explicar aos usuários a importância de uma dieta saudável.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Criar espaços na comunidade para a prática de exercício regular, solicitando ao gestor o apoio de educadores físicos.

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: Realizar um registro com os usuários que tenham interesse de

abandonar o hábito de fumar e solicitar, junto ao gestor, a compra do medicamento para tratamento do mesmo.

Engajamento Público

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento: Realizaremos a busca de parcerias na comunidade com ajuda dos ACS que facilitarão o contato com as organizações e instituições presentes na área de abrangência da unidade (rádio comunitária, associação de moradores, igrejas) a fim de que possamos de forma conjunta realizar ações de promoção da saúde na comunidade.

Ação: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Realizar atividade de educação em saúde para estimular a promoção de saúde odontológica com a participação da comunidade.

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Oportunizaremos atividades de educação em saúde (rodas de conversas, palestras, orientações durante as consultas e procedimentos) na comunidade voltadas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão e diabetes a fim de estimular mudanças no estilo de vida da população. Realizar os grupos de HIPERDIA, quinzenalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do acompanhamento regular segundo níveis de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário

hipertenso e diabético.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Organizar um cronograma de atividades de capacitação aos profissionais de equipe da unidade de saúde para um bom controle, avaliação e seguimento dos usuários do programa de HIPERDIA com a qualidade segundo o protocolo do Ministério da Saúde.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de

saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos diabéticos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 05: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos hipertensos

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os

riscos do tabagismo

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos diabéticos

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

2.3.3 Logística

Para operacionalizar a nossa intervenção vamos adotar o Manual do Ministério

da Saúde (2013), Caderno 36 e 37 da Atenção Básica. Entretanto, a equipe levará a demanda de elaboração do protocolo municipal para a gestão municipal.

Para viabilizar a intervenção utilizaremos a ficha de atendimento aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, disponível no município, a ficha espelho, elaborada para esta intervenção e a planilha de coleta de dados, que consolida todas as informações colhidas no atendimento ambulatorial.

Como tais fichas não preveem a coleta de informações, por exemplo, de saúde bucal, exames dos pés dos usuários diabéticos, dados relativos a classificação de risco cardiovascular, sinais e sintomas de alerta e indicação dos exames complementares o médico, a enfermeira e o dentista da unidade vão a incluir esses dados nos prontuários clínicos dos usuários. Faremos contato com o gestor municipal para dispor as fichas espelhos e para imprimir as complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento/monitoramento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para o Programa de Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes nos últimos sete dias. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exame clínico e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso, atendimento odontológico em atraso, não recolhida de medicação nas farmácias e não cumprimento das orientações médicas (alimentação saudável, prática regular de exercício, evitar o consumo de tabagismo).

Para os usuários faltosos será realizada a visita domiciliar pelo ACS com o objetivo de conhecer os motivos da sua ausência. A partir desta visita será agendada uma nova consulta ou visita domiciliar com a participação da enfermeira ou médica.

Para o agendamento de consultas e visitas domiciliares será priorizado os faltosos e de alto risco. Entretanto, no dia da consulta, a técnica de enfermagem priorizará os usuários de alto risco, os quais já terão uma notificação em seus prontuários.

Toda demanda de intercorrência aguda na população maior de 20 anos com fatores de risco para hipertensão e diabetes, que chegar à unidade, será submetido, inicialmente, à consulta de triagem para avaliação dos sinais vitais (PA, Glicose, batimento cardíaco). Caso apresentem alteração, o usuário será encaminhado para consulta de HIPERDIA para iniciar o acompanhamento médico.

Para garantir a assistência odontológica, a dentista da unidade realizará um registro com os usuários que estão em acompanhamento e quantos estão em atraso e vai anexar tal informação no prontuário clínico e na ficha-espelho para que sejam avaliados em todas as consultas e discutido nas reuniões da equipe para que todos os profissionais tenham conhecimento.

O cadastramento dos hipertensos e diabéticos pela ficha A será realizado pelos agentes comunitários de saúde, para isto estamos programando um total de 10 usuários por semana por cada agente, totalizando 40 por mês. Ao final de cada mês as informações serão monitoradas com a ajuda do relatório mensal do SIAB e do programa HIPERDIA.

Ao que se refere à manutenção dos medicamentos, equipamentos e insumos na unidade, a farmacêutica da unidade fará mensalmente o pedido de material seguindo as estatísticas das consultas de HIPERDIA e tendo em conta a quantidade de usuários em acompanhamento na unidade. A demanda levantada será discutida com o gestor municipal nas reuniões de equipe.

A farmacêutica será a profissional responsável por fazer o registro dos medicamentos para o programa HIPERDIA, visto que este programa se dedica a entrega dos medicamentos aos hipertensos e/ou diabéticos, de forma que se possa avaliar todos os indicadores (medicamentos anti-hipertensivos e para controle glicêmico usados, data de entrega da medicação, quantidade prescritas pelo médico, data de validade da medicação, data de vencimento da medicação) e organizar mediante um arquivo específico esta medicação para garantir o melhor controle dos medicamentos. O comportamento destes indicadores será discutido nas reuniões da equipe.

Para viabilizar a ampliação das orientações aos diabéticos, hipertensos e seus familiares/acompanhantes todos os profissionais utilizarão o momento do encontro com estes sujeitos em consultas de seguimento, procedimentos e atividades educativas a fim de estabelecer um diálogo. O profissional transcreverá as orientações nos impressos como forma de oficializar a ação.

Além disto, a equipe fará mensalmente contato com os moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos inicialmente o projeto esclarecendo a importância do programa de HIPERDIA do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de

hipertensão e diabetes. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o conhecimento da comunidade sobre a necessidade de priorização de atendimento deste grupo populacional. A programação dos encontros com a comunidade será apresentada com antecedência para garantir a participação da mesma.

Em parceria com o NASF será desenvolvida atividades física nas áreas apropriadas da área de abrangência da unidade. Nestes momentos poderão ser realizadas orientações sobre hábitos de vida saudável e fornecido café da manhã. Contaremos também com o apoio da nutricionista que participará destas atividades e avaliará, nas consultas ambulatoriais, os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes que forem assistidos pela enfermeira ou médica da equipe.

A capacitação da equipe ocorrerá mensalmente nas unidades de saúde com a finalidade de discutir com a equipe o preenchimento dos impressos utilizados e o protocolo adotado; busca de sinais e sintomas de alerta; atribuição de cada um na assistência ao hipertenso e diabético e as técnicas de aferição de pressão arterial e glicemia. Para estes momentos convidaremos também a nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e dentista para discussão sobre qual a abordagem que os outros profissionais podem realizar na perspectiva das outras áreas.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Monitorar todas as ações desenvolvidas durante a intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir material adequado para tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste.	X				X				X				X			
Informar a comunidade sobre existência do Programa à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e a importância do seguimento neste Programa.	X				X				X				X			
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área da abrangência da unidade de saúde.	X															
Avaliar durante as consultas os usuários segundo protocolo Ministerial.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos.	X															
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.		X														
Disponer de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde		X														
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.	X				X				X				X			
Manter um registro das necessidades de medicamentos de usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.	X				X				X				X			

3 Relatório da Intervenção

Durante o período de 16 semanas – 11 de setembro a 30 de dezembro de 2014 - a equipe que trabalha na UBS Manuel Luís Rodriguez, do município Caracaraí/RR desenvolveu uma intervenção voltada para o público hipertenso e/ou diabético com o objetivo de melhorar a atenção da saúde a hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho dos profissionais da unidade foi intenso e por sua vez frutífero, pois com o apoio e ajuda de todos conseguimos fazer tudo aquilo que foi proposto e planejado, o que foi constatado por meio dos resultados obtidos a partir do preenchimento da planilha de coleta de dados. Com certeza, tais resultados não seriam possíveis sem a ajuda e o comprometimento de todos.

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Inicialmente deixamos de realizar algumas das ações que foram propostas, como a avaliação periódica dos usuários com exames laboratoriais e o preenchimento da ficha espelho em todas as consultas, devido à quebra de um aparelho do laboratório e a quantidade insuficiente de impressos para o registro das informações, respectivamente, além disto, observamos que alguns profissionais não apoiavam a intervenção. Entretanto, com o passar do tempo tais dificuldades foram sanadas e as referidas ações passaram a ser desenvolvidas como rotina na unidade.

Havíamos previsto reuniões mensais com a comunidade para apresentar os resultados da intervenção, entretanto, só foi possível realizar um encontro, no qual a equipe apresentou o objetivo da intervenção e as ações propostas.

Neste período buscamos trabalhar o engajamento público; melhorar a organização dos registros; intensificar as ações dos grupos educativos com o objetivo de proporcionar o melhor conhecimento da população sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus; realizar capacitações periódicas da equipe; melhorar o acolhimento aos usuários e ampliar a atenção à saúde bucal da comunidade de forma integrada.

Durante a intervenção os profissionais estiveram atentos para o desenvolvimento do projeto e para as dificuldades apresentadas. Cada semana se discutia, nas reuniões de equipe, as mudanças ocorridas no cronograma e se elaborava ideias e estratégias para que as ações fossem desenvolvidas segundo o programado.

A partir da intervenção todos hipertensos e/u diabéticos cadastrados foram avaliados clinicamente para a identificação do risco cardiovascular pela médica e foram atendidos pela dentista após a avaliação com a médica ou enfermeira integralmente, além disto, tiveram seus achados clínicos registrados de forma adequada na ficha de acompanhamento e ficha espelho.

De uma forma geral observa-se que todas as ações planejadas foram realizadas integralmente, mantendo a harmonia entre o projeto e o cronograma. Os atendimentos clínicos sempre foram feitos pela enfermeira, dentista, nutricionista e médica; nas atividades, os usuários eram ouvidos sobre o desenvolvimento do trabalho, suas recomendações, ideias e sugestões para aperfeiçoar as atividades realizadas com a comunidade. Nos encontros com a comunidade, a equipe se utilizou de vídeos, filmes e fotos para enriquecer estas atividades, bem como se utilizou desta estratégia para captação de novos usuários.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Das ações planejadas, a única que não foi executada foi a elaboração da ficha complementar, entretanto mantivemos o registro no prontuário, na ficha espelho e na ficha do programa de atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, sem prejuízos para o registro das informações.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Ao que se refere às dificuldades, destacamos que no segundo mês algumas palestras planejadas foram modificadas porque o lugar onde ocorreria, já estava com outra ação programada, então nossas atividades foram remanejadas para outro dia da mesma semana. Já no terceiro mês tivemos algumas ações planejadas que foram trocadas para outra semana porque coincidia com o curso planejado pelo município, em que todos os ACS e profissionais da unidade deveriam participar. No quarto e último mês a maior dificuldade enfrentada foi em relação ao apoio da própria equipe, em decorrência dos feriados de natal e ano novo, desta forma tivemos que modificar nossa agenda de trabalho e graças às estratégias planejadas todas as ações foram realizadas conforme programado.

Nas reuniões de equipe, discutíamos as dificuldades vivenciadas semanalmente tanto na execução da intervenção quanto na coleta e sistematização de dados relativos às consultas realizadas. Fazíamos uma comparação dos dados coletados entre uma semana e outra a fim de melhorar os indicadores que se encontravam abaixo da meta estipulada e avaliar como estava ocorrendo a intervenção, o que facilitava o processo de monitoramento do trabalho e auxiliava a equipe na tomada de decisão para as próximas semanas. O fechamento mensal das planilhas de coletas de dados foi feito por mim (médica da unidade), contudo os dados eram preenchidos por todos.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Durante a intervenção sempre foi analisada a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, tanto foi assim que cada um de nós tínhamos uma função específica nos dias de atendimento aos usuários do programa HIPERDIA. Toda a equipe concorda que esta intervenção foi uma ferramenta que ajudou na melhoria da saúde dos usuários que sofrem de pressão alta e diabetes, e que servirá de guia para as demais ações programáticas da atenção básica.

Acredita-se que com a realização da intervenção pode-se melhorar diversos aspectos da vida do usuário relacionados com a alimentação, prática de atividade física regular, assistência prestada nas consultas médicas, realização dos exames

complementares em dia e o mais importante, eles conhecerem a realidade da doença que os acomete, bem como a forma de tratamento e as possíveis complicações da hipertensão e diabetes.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A Intervenção realizada pela equipe que trabalha na UBS Manuel Luís Rodriguez, do município Caracaraí/RR compreendeu um período de 16 semanas, entre 11 de setembro e 30 de dezembro de 2014 e teve como objetivo geral melhorar a atenção da saúde a hipertensos e/ou diabéticos. O foco escolhido pelos profissionais da unidade para a intervenção foi a hipertensão e diabetes, por ser esta a ação programática com mais baixa cobertura, além de serem estas as duas doenças de maior incidência em nossa população.

Do total da população hipertensa e diabética da área adstrita da USF realizava-se, antes da intervenção, o acompanhamento na unidade apenas de 21% e 24% desta população, por isso nosso objetivo foi ampliar esta cobertura para 60%. A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados.

Objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Ao final do primeiro mês o percentual de hipertensos cadastrados foi de 12,6% (141), no segundo mês este indicador atingiu 16,5% (184), no terceiro mês se contabilizou 21,5% (240) e finalmente terminamos com 26,1% (291) de cobertura no 4º mês do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde (Figura 01).

As ações que mais nos auxiliaram na captação foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos hipertensos por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares; a ajuda recebida dos moradores e representantes da comunidade quando apresentamos inicialmente o projeto esclarecendo sua importância e existência do Programa HIPERDIA, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos e sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento da hipertensão e também as capacitações dos ACS para o cadastramento dos usuários.



Figura 01: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Ao final do primeiro mês o percentual de diabéticos cadastrados foi de 13,5% (37), no segundo mês este indicador alcançou 20,4% (56), no terceiro mês se contabilizou 27,3% (75) e finalmente terminamos o quarto mês com 36,0% (99) de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. (Figura 02).

As ações que mais nos auxiliaram na captação destes usuários foram as mesmas empenhadas para os usuários hipertensos. Além da garantia de material adequado para realização do hemoglicoteste; o acompanhamento dos diabéticos por parte dos ACS, que realizavam as visitas domiciliares; os informes à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior

que 135/80mmHg e as capacitações dos ACS para o cadastramento dos usuários.

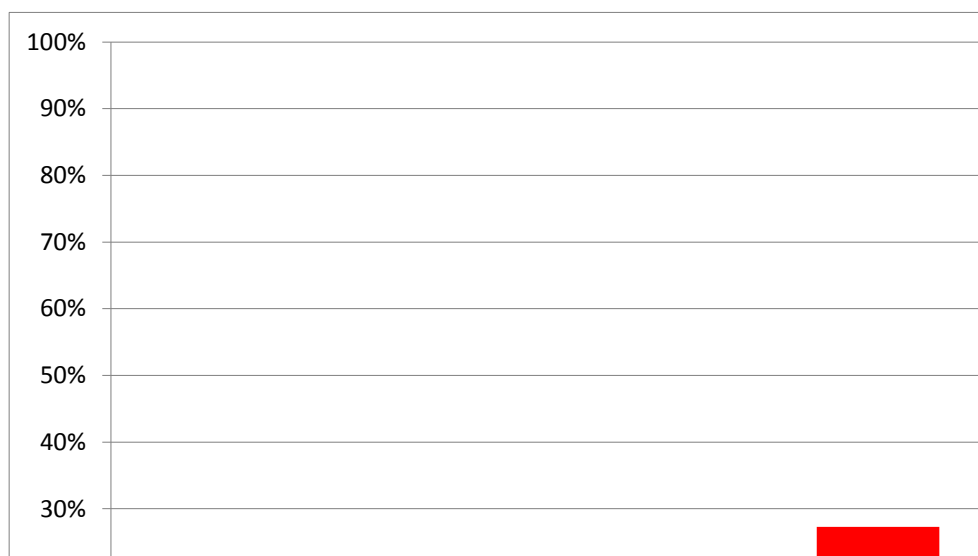


Figura 02: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracará/RR, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Vale ressaltar, que ao construirmos a análise situacional da nossa área de abrangência, o mapeamento do território estava desatualizado, logo estimamos que nossa equipe era responsável por 7.329 usuários, porém com o processo de recadastramento da área, iniciado após a construção da análise situacional, detectamos que nossa unidade é responsável por apenas 3.856 pessoas, ou seja, quase a metade da população estimada por nós inicialmente. Diante disto, podemos afirmar que toda intervenção foi planejada para atingir uma população muito maior do que a que realmente temos, logo, acreditamos que nossa cobertura pós intervenção é muito maior que os valores encontrados (26% entre os hipertensos e 36% entre os diabéticos) nos quatro meses da intervenção, visto que utilizamos como referência a população estimada.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Ao final do primeiro mês o número de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo alcançou 95% (134), no segundo mês 97,8% (180), no terceiro mês 98,3% (231) e 100% (291) no quarto mês. (Figura 03)

As ações que mais nos auxiliaram na realização do exame clínico apropriado

aos hipertensos foram a definição de atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico do usuário hipertenso e as capacitações dos profissionais para conhecer qualquer sinal de alerta diante de complicações.

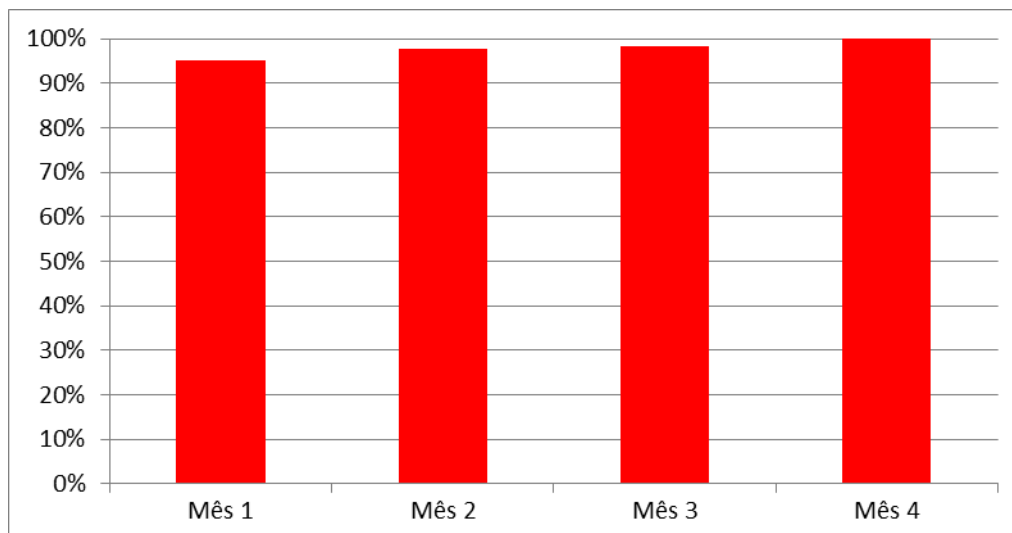


Figura 03: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracará/RR,2014. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção o indicador de proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo alcançou 100%, em todos os meses da intervenção. As ações que mais nos auxiliaram a manter este indicador durante a intervenção foram as mesmas citadas para os usuários portadores de hipertensão, pois são duas doenças que se avaliam juntas, mas acredito que o mais importante foi o monitoramento contínuo da realização do exame clínico, procurando possíveis complicações e sinais de alerta.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em

dia de acordo com o protocolo.

Ao final do primeiro mês o número de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo atendeu 95% (134), no segundo mês 97,8% (180), no terceiro mês 98,3% (236) e 100% (291) no quarto mês. Para os diabéticos este indicador alcançou 100% nos quatro meses

As ações que mais nos auxiliaram na realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi a garantia da realização com agilidade dos exames laboratoriais por parte da gestão, de forma a atender a periodicidade preconizada no protocolo Ministerial.

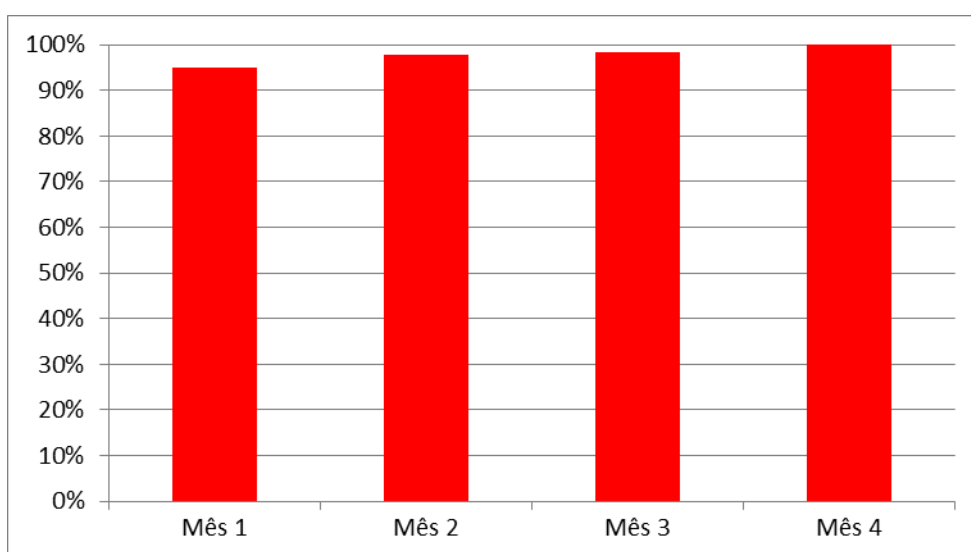


Figura 04: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracará/RR,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

A priorização de prescrição de medicamentos ofertados na farmácia popular foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção.

Acredito que o que mais nos auxiliou no alcance desta meta foi a

disponibilidade dos medicamentos na farmácia básica da unidade para tratamento tanto da hipertensão quanto da diabetes, baseada nas necessidades dos usuários cadastrados na unidade; bem como a realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e as orientações fornecidas para a comunidade sobre a importância de seguir um tratamento medicamentoso adequado. Um fator preponderante para o alcance da meta estipulada foi o fato dos usuários responderem bem ao tratamento, sem a necessidade de recorrermos aos medicamentos fora do elenco da farmácia básica.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao final do primeiro mês o quantitativo de hipertensos cadastrados e avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico foi de 97,2% (137), no segundo mês contabilizamos 97,8% (180), no terceiro, 99,2% (238) e 100% (291) no quarto mês (Figura 05). Entre os diabéticos, 97,3% (36) foram avaliados no primeiro mês quanto a necessidade de atendimento, no segundo mês avaliou-se 98,2% (55) e 100% dos diabéticos foram avaliados nos meses subsequentes (Figura 06).

No primeiro mês deixamos de avaliar alguns dos usuários, dado que concorda com o número de faltosos e acamados. As ações que mais nos auxiliaram a garantir que hipertensos e diabéticos fossem avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico foram as palestras de educação em saúde bucal e o acompanhamento dos usuários por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a necessidade desta avaliação. Também foi muito importante a realização, pela dentista da unidade, do registro dos usuários que estão em acompanhamento, anexando as informações sobre o usuário nos prontuários clínicos e na ficha-espelho.

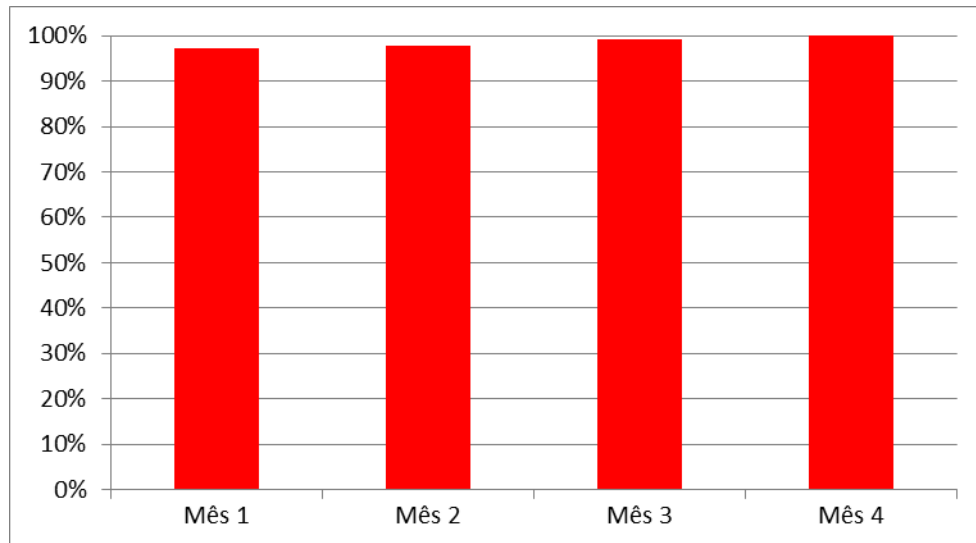


Figura 05: Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

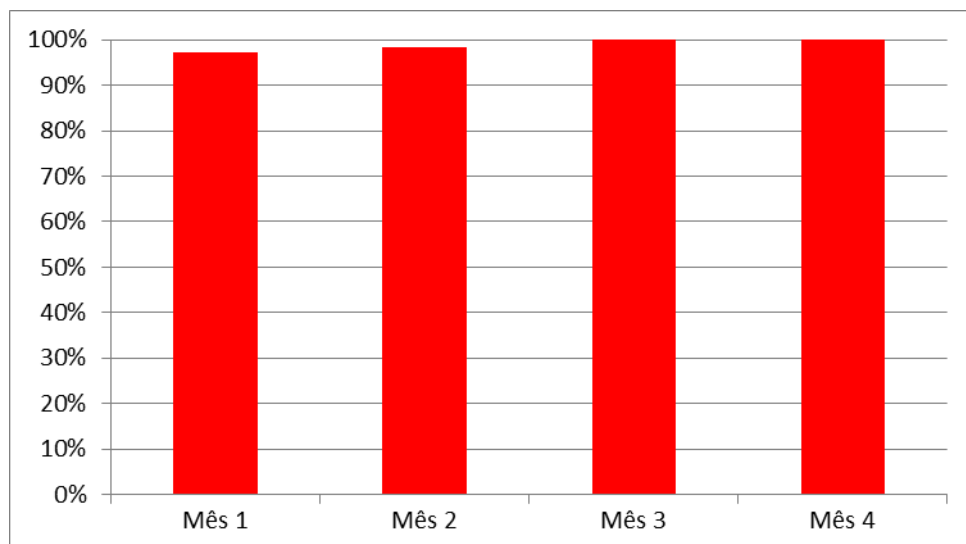


Figura 06: Evolução mensal do indicador proporção de diabético com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos diabéticos às consultas com busca

ativa

No primeiro mês observou-se que entre os hipertensos dez faltaram às consultas, no segundo mês foi 11, entretanto este valor foi reduzindo gradativamente para sete e dois faltosos, durante os meses subsequentes. Já entre os diabéticos, houve um quantitativo menor de faltosos, de forma que foi contabilizado um faltoso no 1º, 3º e 4º mês e três no 2º mês. Entretanto, a busca ativa de faltosos foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção.

Desta forma o levantamento dos faltosos às consultas, após o turno de atendimento; a realização de visitas domiciliares pelos ACS e a disponibilidade de um veículo para conduzir a equipe para a área foram fatores essenciais para se realizar a busca ativa dos faltosos. Entretanto, acredita-se que outros fatores contribuíram para que poucos faltassem aos atendimentos programados, como a realização de treinamento para ACS sobre como orientar a comunidade acerca da importância de realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 04: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Ao final do primeiro mês o número de hipertensos cadastrados na unidade com ficha de acompanhamento adequado foi de 90,8% (128), no segundo mês alcançamos 94,6% (174), no terceiro, 96,7% (232) e 99,7% (290) no quarto mês (Figura 07). No primeiro mês apresentamos dificuldade no cadastramento dos usuários já que não tínhamos na unidade insumos necessários para o total de usuários atendidos, além de apresentarmos dificuldades no preenchimento dos dados da ficha espelho. Nos meses subsequentes fomos adequando o registro dos usuários assistidos, de forma que no último mês apenas um hipertenso não possuía a ficha de acompanhamento devidamente preenchida.

Durante a intervenção o número de diabéticos cadastrados na unidade com ficha de acompanhamento adequada se comportou em todos os meses do estudo em 100%.

Assim acredita-se que o monitoramento dos registros, assim como as capacitações da equipe para o preenchimento de todas as fichas de acompanhamento foi essencial para alcançar a meta proposta.

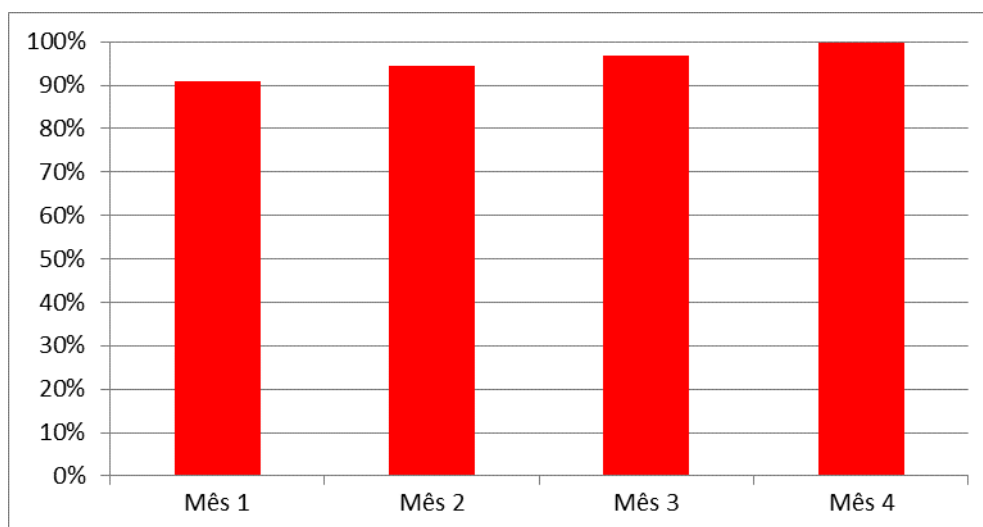


Figura 07: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR, 2014. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 05: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Ao final do primeiro mês o número de hipertensos cadastrados e avaliados quanto a estratificação do risco cardiovascular foi de 87,9% (124), no segundo mês alcançamos 93,5% (172), no terceiro, 97,5% (234) e 99,7% (290) no quarto mês (Figura 08). Já entre os diabéticos, este indicador alcançou 83,8% (31) no primeiro

mês, 92,9% (52) no segundo mês, 96% (72) no terceiro mês e 99% (98) no quarto mês (Figura 09).

No primeiro mês apresentamos dificuldade com o cadastramento dos usuários com estratificação do risco cardiovascular porque muito deles encontravam-se faltosos às consultas de HIPERDIA. As ações que mais nos auxiliaram na proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram as atividades educativas orientando os usuários quanto seu risco e a importância do acompanhamento regular; o esclarecimento dos usuários e da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) e as capacitações da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

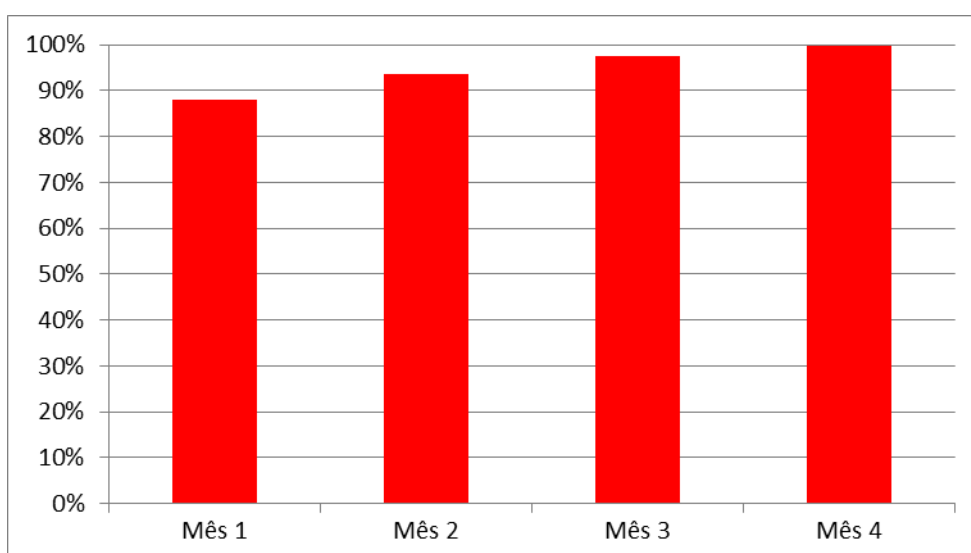


Figura 08: Evolução mensal do indicador proporção de hipertenso com estratificação de risco cardiovascular por examen clínico em dia na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

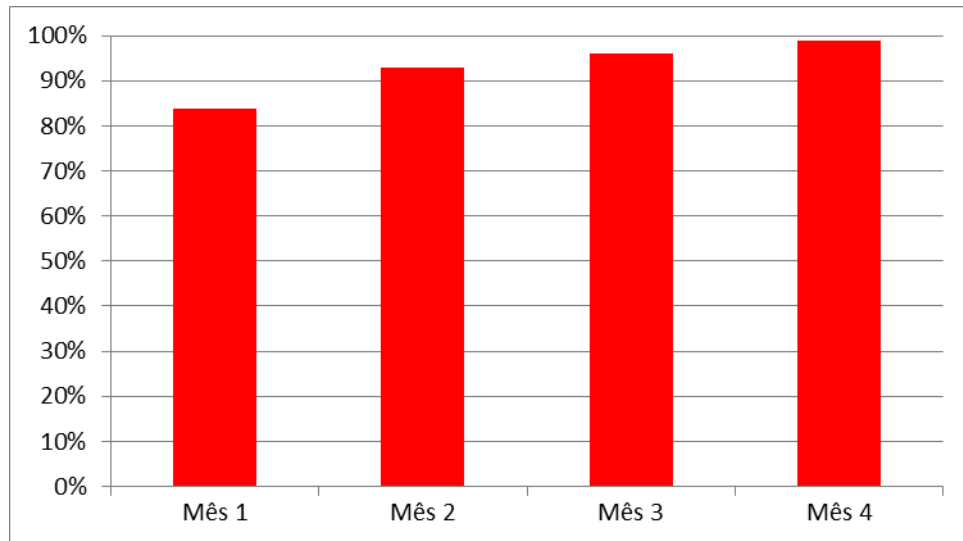


Figura 09: Evolução mensal do indicador proporção de diabético com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues Caracarái/RR,2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

A orientação nutricional sobre alimentação saudável foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção.

Acredito que as ações que mais nos auxiliaram no alcance da meta estabelecida, tanto para hipertensos quanto para diabéticos, foi a organização de práticas coletivas (café de manhã) sobre alimentação saudável e o reforço nas capacitações da equipe sobre a importância de divulgar as práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

A orientação em relação a prática regular de atividade foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção.

As ações que mais nos auxiliaram na proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foram a organização de práticas coletivas voltadas para a atividade física, com ajuda de educadores físicos que apresentavam a importância desta prática de forma regular; a busca de parcerias com a comunidade criando grupos específicos, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e as capacitações da equipe da unidade.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos hipertensos

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos diabéticos

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

A orientação sobre o tabagismo foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção, pois a equipe utilizou o espaço do consultório e das atividades em grupo para abordar tal temática. Vale salientar, que no município há o fornecimento gratuito de tratamento para abandonar o tabagismo, entretanto, nenhum usuário tabagista foi encaminhado para o tratamento.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre

higiene bucal

A orientação sobre a higiene bucal foi possível para todos os hipertensos e diabéticos assistidos na unidade, durante os quatro meses da intervenção.

As ações que mais nos auxiliaram a atingir o indicador foi a realização de consultas periódicas com a dentista, a organização da agenda desta profissional para a atenção ao programa HIPERDIA, assim como o estabelecimento de prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e as capacitações da equipe para a avaliação da saúde bucal do usuário.

De forma geral observa-se que todas as metas estabelecidas foram alcançadas graças à ajuda e ao comprometimento de toda a equipe da unidade de saúde.

4.2 Discussão

Ao início da intervenção, tínhamos uma população estimada de 7.329 usuários, valor superestimado em relação ao real número de pessoas da área (3.856) que foi contabilizado durante o cadastramento de toda área de abrangência. Diante disto, acreditamos que esta foi a nossa primeira limitação enfrentada, pois trabalhamos com uma população duas vezes maior que a real.

Entretanto, independente da nossa população ter sido superestimada é fato que antes da intervenção a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Manuel Luís Rodrigues baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro no Programa HIPERDIA. A maioria destes usuários não estava cadastrado no referido programa e não possuía registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro utilizado. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso destes usuários. Diante disto, o trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas e lograr após a intervenção o número correto de usuários acompanhados e trabalhar com uma poluição mais exata. Para toda a equipe a intervenção foi de muita importância tanto no âmbito profissional como no pessoal.

A Intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, qualificação da atenção com destaque para a

ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco dos usuários. Bem como, permitiu o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo Ministerial; o levantamento periódico dos usuários faltosos; as práticas educativas, em que a equipe trocava informações com os usuários e a comunidade, informando a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; e o estabelecimento de parcerias institucionais com o envolvimento de outros atores sociais como: nutricionista e educadores físicos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes e promoveu o trabalho integrado entre a médica, enfermeira, dentista, auxiliar de enfermagem e recepção, processo essencial para a realização das ações propostas. Entretanto, é o trabalho dos ACS que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões e mobilizaram os usuários para a participação nos encontros semanais previstos.

Cada profissional da equipe, de forma geral, tinha uma atribuição diferente, por exemplo: as capacitações foram responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade; as atividades educativas foram atribuídas aos ACS, nutricionista e educador físico; o cadastramento dos usuários foi atribuído aos ACS, auxiliar de enfermagem e recepcionista e o preenchimento dos dados na ficha espelho e planilha de coleta de dados ficou sob a responsabilidade da médica e enfermeira.

Toda a organização gerada nestes quatro meses resultou no aumento do acesso dos usuários ao serviço, no aumento no tempo de consulta e a realização de registros necessários, com mais calma, incluindo o cadastramento dos usuários no HIPERDIA.

A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para o atendimento da demanda espontânea. Vale destacar que a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos; e a incorporação do cadastramento dos usuários no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM que favorece a vinculação desses usuários com a equipe da USF e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso.

A intervenção foi um sucesso em nosso serviço, pois todos nós pudemos

avaliar e monitorar o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, conhecemos a realidade da situação de saúde deles e pudemos trabalhar para melhorá-la estimulando modos e estilo de vida saudáveis.

Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém isto gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade, que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura porque temos áreas descobertas por ACS e de difícil acesso.

A intervenção tem sido uma ferramenta muito importante para os usuários e comunidade, pois gerou um bom seguimento e avaliação das suas condições de saúde. Os usuários passaram a ter melhor conhecimento de suas complicações e de forma geral são orientados para um melhor controle das mesmas. Graças ao apoio da comunidade o trabalho está tendo um grande significado, no dia a dia a equipe percebe que os usuários são receptivos às orientações dadas pelos profissionais; entre uma consulta e outra se observa os rostos alegres e satisfeitos com o atendimento. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Acredito que a intervenção foi um processo de transformação para todos nós e para o serviço, porém se neste momento fosse recomeçá-la, acredito que desde o início discutiria com os gestores municipais e/o prefeito do município o projeto de intervenção baseando-me no foco escolhido e a importância da divulgação deste em nossa população. Gostaria de no início da intervenção ter escolhido um representante na comunidade ou um líder por cada micro-área a fim de nos ajudar na mobilização dos usuários para os grupos educativos e participar das reuniões da equipe trocando informações, ideias e compartilhando critérios para o atendimento dos usuários assistidos pela intervenção.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de educação em saúde com a comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, e vamos continuar com as capacitações e treinamento dos profissionais da unidade para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Com a manutenção da intervenção se pretende melhorar o estado de saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade, além de investirmos esforços na ampliação

da cobertura dos hipertensos e diabéticos, principalmente nas micro-áreas descobertas por ACS e/ou de difícil acesso. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar ações de melhoria no programa de pré-natal da UBS.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Sou a médica Yasmara Zedeno Alvarez, do Programa Mais Médicos, que atua na unidade Manuel Luís Rodrigues, cursista da especialização em saúde da família da UFPel, que desenvolveu, juntamente com toda equipe, uma intervenção com foco da ação programática de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Diante disto, presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues, em um período de 16 semanas, entre 11 de setembro e 30 de dezembro de 2014, para a atual gestão. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção da saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos assistidos na referida unidade.

Desde que a iniciei a atuação nesta unidade, por meio do Programa Mais Médico, me chamou atenção a quantidade de atendimentos médico realizado para usuários com cifras de pressão alta e glicose elevada. Diante disto, por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), a equipe realizou a análise da situação de saúde a fim de conhecer os principais problemas de saúde da população da área e estabelecer um plano de ação para melhorá-la.

Depois da análise e da discussão com a comunidade acerca dos principais problemas de saúde da população, chegamos à conclusão que o problema de maior dificuldade em nossa área era a alta incidência de usuários hipertensos, diabéticos e obesos, os quais não tinham conhecimento suficiente das doenças que os acometia nem do seu seguimento. Desta forma, a hipertensão e diabetes foram escolhidas como foco da intervenção pelos profissionais da unidade por ser esta a ação programática com menor cobertura na unidade e serem as doenças de maior incidência em nossa população.

A equipe planejou ações, que foram desenvolvidas na unidade, para promover a saúde e prevenir as complicações da hipertensão e diabetes. Entretanto, antes de

começar a intervenção a equipe discutiu e analisou junto com o gestor municipal o que aconteceria na unidade já que precisaríamos de sua ajuda e apoio nas atividades programadas.

Antes da intervenção apenas 21% dos usuários portadores de hipertensão e 24% portadores de diabetes estavam em acompanhamento na UBS, ou seja, 235 e 67 usuários respectivamente, por isso nosso objetivo foi ampliar esta cobertura para 60%, ou seja, 669 hipertensos e 165 diabéticos. Ao final do primeiro mês o percentual de hipertensos cadastrados foi de 12,6% (141), no segundo mês este indicador atingiu 16,5% (184), no terceiro mês se contabilizou 21,5% (240) e finalmente terminamos com 26,1% (291) de cobertura no 4º mês do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde (Figura 10).



Figura 10: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR,2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Para os diabéticos, a cobertura de atenção atingiu no primeiro mês o percentual de 13,5% (37), no segundo mês este indicador alcançou 20,4% (56), no terceiro mês se contabilizou 27,3% (75) e finalmente terminamos o quarto mês com 36,0% (99) de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (Figura 11).

É importante destacar que fizemos a busca ativa de todos os usuários faltosos às consultas por meio de visitas domiciliares, durante os quatro meses da intervenção e realizamos atividades educativas periódicas como palestras, café da manhã, encontros e atividades esportivas, o que foi realizado com o auxílio de vídeos, filmes e fotos para enriquecer estas atividades.

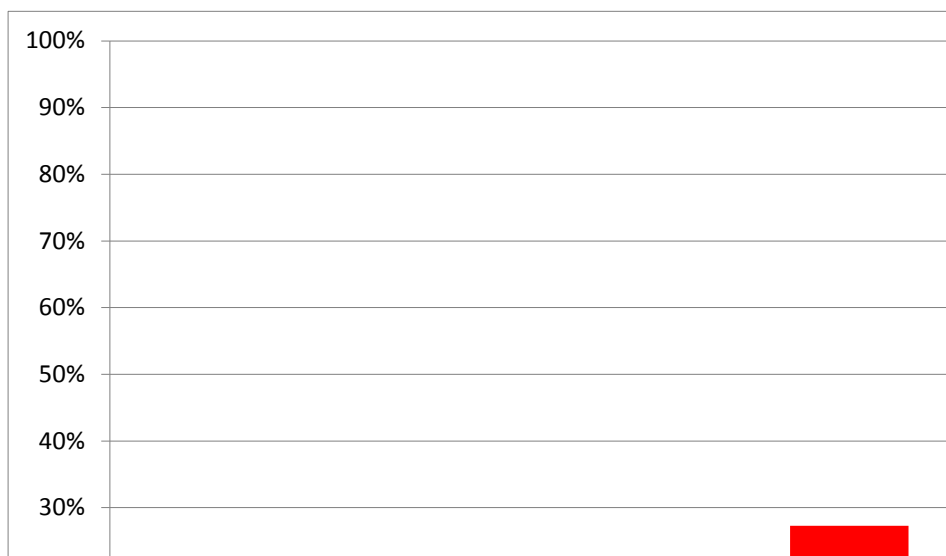


Figura 11: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracarái/RR, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

A maioria dos usuários cadastrados foi atendido pela dentista após a avaliação com a médica ou enfermeira, teve seus achados clínicos registrados de forma adequada na ficha de acompanhamento e foi avaliado clinicamente para a identificação do risco cardiovascular pela médica. A equipe apresentou no primeiro mês dificuldade na realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários porque muitos deles encontravam-se faltosos às consultas de acompanhamento ao hipertenso e/ou diabético, nos meses subsequentes, entretanto conseguimos garantir que todos fossem devidamente avaliados quanto a este risco.

Acredita-se que com a realização do projeto pôde-se melhorar diversos aspectos da vida do usuário relacionados com a alimentação, prática de atividade física regular, assistência prestada nas consultas médicas, realização dos exames complementares em dia e o mais importante, eles passaram a conhecer a realidade da doença que os acomete, bem como a forma de tratamento e as possíveis complicações da hipertensão e diabetes.

No primeiro momento buscamos trabalhar o engajamento público; melhorar a organização dos registros; intensificar as ações dos grupos educativos com o objetivo de proporcionar o melhor conhecimento da população sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus; realizar capacitações periódicas da equipe; melhorar o acolhimento aos usuários e ampliar a atenção à saúde bucal da comunidade, sendo todas estas propostas alcançadas pela equipe.

Durante a intervenção sempre tivemos o apoio do gestor municipal para o

desenvolvimento das ações planejadas pela equipe segundo o cronograma. Sua ajuda foi fundamental e importante para viabilizar a intervenção. No início deixamos de realizar algumas das ações que foram propostas, como a avaliação periódica dos usuários com exames laboratoriais e o preenchimento da ficha espelho em todas as consultas, devido à quebra de um aparelho do laboratório e a quantidade insuficiente de impressos para o registro das informações, respectivamente, entretanto, com o passar do tempo e ajuda do gestor municipal no envolvimento das ações, tais dificuldades foram sanadas e a intervenção foi incorporada à rotina da unidade, este aspecto foi muito positivo para dar continuidade à intervenção, pois conseguimos avaliar todos os usuários clinicamente e preencher seus dados nas fichas espelhos.

Outro aspecto positivo foi a garantia de material adequado para a medição da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste, graças também ao apoio e ajuda do gestor municipal o que permitiu que os usuários tivessem um melhor acompanhamento de seus sinais vitais em cada consulta, e o estabelecimento de parcerias, envolvendo nutricionista e educador físico nas atividades da unidade.

Nas reuniões de equipe, discutíamos as dificuldades vivenciadas semanalmente tanto na execução do projeto quanto na coleta e sistematização de dados relativos às consultas realizadas. Fazíamos, também, uma comparação dos dados coletados entre uma semana e outra a fim de melhorar os indicadores que se encontravam abaixo da meta estipulada e avaliar como estava ocorrendo a intervenção, o que facilitou o processo de monitoramento do trabalho e auxiliou a equipe na tomada de decisão para as semanas seguintes.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Sou a médica Yasmara Zedeno Alvarez, do Programa Mais Médicos, que atua na unidade Manuel Luís Rodrigues, cursista da especialização em saúde da família da UFPel, que desenvolveu, juntamente com toda equipe, uma intervenção com foco da ação programática de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Desde que iniciou o Programa Mais Medico no Brasil observou-se no município de Caracaraí e especificamente na unidade básica de saúde Manuel Luís Rodrigues que a assistência medica aos usuários começou a melhorar muito, tanto foi assim que as consultas que antes eram em demanda espontânea mudaram para demanda agendada, pois com o tempo a equipe da unidade chegou à conclusão que

era necessário fazer uma análise do que realmente estava acontecendo com a saúde da população.

Em cada consulta, eu como médica, percebia que em nossa população existiam muitas doenças crônicas, ou seja, a maioria dos usuários que eram atendidos tinha como principal queixa dor de cabeça, pressão alta, glicemia alta e obesidade; muitos deles não tinham um bom acompanhamento nem conheciam a realidade do seu estado de saúde.

Todos esses detalhes foram discutidos e analisados nas reuniões da equipe à medida que realizávamos a análise da situação de saúde de nossa área, proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família, que estou inserida, assim pudemos conhecer os principais problemas de saúde da população e traçar estratégias para melhorá-los, incluindo neste processo não só os profissionais da unidade, mas também a comunidade e os estabelecimentos e instituições da área.

Por meio da análise realizada se encontrou como principal problema de saúde da população: um alto número de usuários com pressão alta e que sofriam de diabetes, entretanto não sabíamos o que estava acontecendo, já que a cada dia os atendimentos seguiam aumentando por estas duas doenças.

Foi então que, atendendo a proposta do curso, nossa equipe realizou um projeto de intervenção voltado para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos da área. Este projeto foi composto por um conjunto de ações que foram realizadas em um período determinado de quatro meses (11 de setembro a 30 de dezembro de 2014) e auxiliou a equipe na captação e melhoria da assistência aos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Para garantir que todas as ações planejadas acontecessem foi preciso a ajuda dos profissionais do posto de saúde, da nutricionista e assistente social, apoio da secretaria de saúde e envolvimento dos familiares dos usuários da área.

Durante as semanas de intervenção o trabalho dos profissionais da unidade foi intenso e por sua vez frutífero, pois com o apoio e ajuda de todos além da comunidade, conseguimos fazer tudo aquilo que foi proposto e planejado. Em todas as semanas o fluxo de usuários aumentava e todos mostravam-se satisfeitos com o atendimento recebido, atentos às orientações e participantes das ações desenvolvidas na unidade. Semanalmente, escutávamos suas experiências, ideias, recomendações, e sugestões sobre o desenvolvimento do trabalho, para aperfeiçoar as atividades realizadas com a comunidade.

Neste tempo procuramos realizar ações como:

1. Captação de novos usuários com o apoio dos profissionais e da comunidade.
2. Realizamos a busca ativa daqueles usuários que faltaram às consultas.
3. Realizamos avaliação médica, odontológica, nutricional e de enfermagem de todos os assistidos na unidade.
4. Criamos grupos educativos, nos quais foram realizadas palestras, café da manhã, encontros e atividades esportivas, com o auxílio de vídeos, filmes e fotos para enriquecer estas atividades.
5. Todos os usuários tiveram a realização dos exames complementares em dia priorizados.
6. Os usuários foram avaliados quanto ao risco de complicações.
7. Foram feitas atividades educativas com o objetivo de que os usuários conhecessem a realidade da doença que os acomete, bem como a forma de tratamento e as possíveis complicações da hipertensão e diabetes.

A cada semana eram preenchidas as informações recolhidas nas consultas em uma ficha, que cada usuário passou a ter com a intervenção. Para se avaliar o que estava acontecendo, fazíamos uma comparação dos dados coletados entre uma semana e outra a fim de melhorar os indicadores que se encontravam abaixo da meta estipulada e para avaliar como estava ocorrendo o trabalho, o que auxiliou a equipe na tomada de decisão para as próximas semanas.

Desta forma, graças as estratégias planejadas e envolvimento da comunidade todas as ações foram realizadas segundo o planejado e o trabalho que estava sendo feito foi incorporado à rotina da unidade. De forma geral a equipe realizou um bom trabalho para melhorar a realidade do estado de saúde da nossa população.



Figura 12: Foto de atividades educativas realizadas pela equipe por meio de café da manhã e sala de espera voltada para o público hipertenso e diabético da Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracará/RR,2014.



Figura 13: Foto de momentos de visita domiciliar realizada pela equipe para usuários da área adstrita portadores de hipertensão e diabetes e com dificuldade de locomoção. Unidade de Saúde Manuel Luís Rodrigues. Caracará/RR,2014.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

Fazer este curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família. As aulas iniciaram, conheci o ambiente virtual de aprendizagem e a minha orientadora, Maria Auxiliadora Soares, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, orientadores e coordenadores e apreender conteúdos, o que me deixou maravilhada.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para os fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores. Passei por alguns problemas pessoais, de internet e de férias que me afastaram do curso durante o processo de elaboração do Projeto de Intervenção. Porém, com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha família, orientadora e da UFPel, consegui permanecer no curso e realizar a intervenção.

Achei que realizar a intervenção na UBS Manoel Luís Rodrigues não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade na realização de algumas ações propostas segundo o cronograma, pois não tinha em minhas mãos a solução de muitas delas, mas com o passar do tempo as dificuldades foram sendo solucionadas. Acredito que poderia ter me dedicado mais ao curso e, assim, cumprir melhor os prazos. Entretanto, considero satisfatória a realização da intervenção com os resultados alcançados.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel proporcionou valorização profissional e significou, para minha prática profissional, a possibilidade

de adquirir novos conhecimento acerca da ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe quanto ao serviço prestado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em informações de saúde, pois através destas podemos perceber as necessidades da população assistida e definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para promovermos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que a demanda espontânea pode proporcionar a entrada dos usuários nos serviços de saúde, visto que alguns destes podem não se enquadrar nas ações programáticas da UBS. A demanda programada, por sua vez, é o agendamento de consulta para o acompanhamento dos usuários, que em geral, se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas). O importante é que a equipe conheça a comunidade, trace o seu perfil epidemiológico e busque acompanhar cada usuário, pois é a partir disto que criamos vínculo e podemos identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos usuários.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.p.71-91(Cadernos de Atenção Básica, n.19).

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

Anexos

Anexo A - Ficha espelho



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo C - Planilha de Coleta de Dados

ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL